

Н. Г. Ермакова

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ (ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

В последние десятилетия отмечается увеличение числа цереброваскулярных заболеваний головного мозга, что делает актуальной медико-социальной проблемой реабилитацию больных с последствиями инсульта, направленную на восстановление нарушенных функций, социальных контактов, возвращение больного к посильному труду. Факторами, затрудняющими восстановительное лечение постинсультных больных, как отмечают Е. И. Гусев, А. С. Кадыков являются психопатологическая симптоматика, а также когнитивные нарушения, которые нередко утяжеляют течение реабилитации¹.

Инсульт можно рассматривать как катастрофическую реакцию мозга на неконтролируемый стресс, при котором помимо свойственной ему симптоматики, обусловленной структурно-функциональными нарушениями, как отмечает В. Д. Трошин, дополнительно часто возникают нейрхимические изменения, в результате которых развивается депрессия и органические психические нарушения².

Среди факторов, затрудняющих восстановительное лечение после инсульта, выделяются органически обусловленные когнитивные расстройства высших психических функций (памяти, внимания, мышления, праксиса, гнозиса и речи). Причинами когнитивных нарушений, по мнению ряда авторов (А. В. Климова, Н. Н. Яхно, Л. А. Калашниковой), являются обширные поражения белого вещества (лейкоареоз), сопутствующие нейродегенеративные изменения, поражение височной области, нарушение корково-подкорковых отношений, поражение мозжечка³. У большей части больных с последствиями инсульта когнитивные нарушения носят обратимый характер и по мере получения адекватной терапии в остром и реабилитационном периоде инсульта в значительной мере регрессируют (В. Д. Трошин и др.⁴, А. В. Климов⁵, А. С. Кадыков⁶).

Важным в профилактике возникновения когнитивного дефекта является наиболее раннее лечение последствий перенесенного инсульта. В остром периоде при лечении инсульта, как пишут М. М. Одинак, А. А. Скоромец, проводятся ранние реабилитационные мероприятия, направленные на профилактику последствий перенесенного заболевания⁷. Больные получали патогенетически обусловленную лекарственную терапию (в том числе антиагрегантную, нейрометаболическую), которая была направлена на улучшение метаболических процессов мозга, на уменьшение последствий инсульта в виде двигательных, а также когнитивных нарушений. Ранняя двигательная активность и массаж являются также профилактикой таких осложнений после инсульта, как гипостатическая пневмония, тромбоз вен нижних конечностей, трофические нарушения мягких тканей, артралгии, выраженные когнитивные нарушения.

Наряду с лекарственной терапией и физическими методами реабилитации в раннем и восстановительном реабилитационном периоде необходим также широкий спектр

психосоциальных методов реабилитации: участие логопеда, психолога, психотерапевта в процессе реабилитации (В. М. Шкловский и др.; О. А. Балунов и др.; Т. Д. Демиденко и др.⁸). Эти мероприятия направлены на коррекцию астено-депрессивных, астено-ипохондрических реакций на болезнь, формирование позитивного комплайенса, а также коррекцию когнитивных нарушений. Особое значение имеет коррекция нарушенных когнитивных функций больных, способствующая повышению социальной адаптации, указывают в своих исследованиях Л. С. Цветкова, Т. Г. Визель, В. М. Шкловский, Н. Г. Ермакова, С. J. Parker⁹. Восстановлению когнитивных функций нередко препятствуют сопутствующие речевые нарушения, как отмечают В. М. Шкловский В. Д. Трошин, и, несмотря на продолжающуюся работу с логопедом, процесс восстановления может продолжаться в течение 1–2 лет¹⁰.

У другой части больных восстановлению нарушенных когнитивных функций препятствует сопутствующая депрессия. У больных с последствиями инсульта постинсультная депрессия наблюдается в 30–50 % случаев. Как указывает А. М. Вейн, депрессия отрицательно влияет на качество жизни постинсультных больных, снижает активность больного в лечении¹¹. В ряде случаев при депрессии возникают когнитивные нарушения, которые проявляются в виде затруднений мышления — они являются одним из симптомов депрессии. В этом случае лечение антидепрессантами, по мнению Н. Г. Катаевой и др., дает положительный клинический эффект и способствует в том числе улучшению когнитивных функций¹².

Усиление когнитивных нарушений происходит при повторных инсультах, многоочаговых поражениях головного мозга, сопутствующих заболеваниях сердца, сахарном диабете, алкогольной зависимости, которые в конечном счете могут привести к сосудистой деменции. Частота ее возникновения, по мнению разных авторов (А. Н. Боголепова, Т. Pohjasvaara, L. Bidzan) различна: от 10–16 % до 28,9 %¹³. Наиболее раннее ее выявление и подключение адекватной лекарственной терапии способствуют уменьшению прогрессирования нейродегенеративного процесса.

После завершения лечебно-реабилитационных мероприятий в остром периоде и затем в реабилитационном периоде больной, как правило, возвращается домой под наблюдением невропатолога по месту жительства. В том случае если больной продолжает в домашних условиях повторные курсы лекарственной терапии, занятия с помощью физических методов реабилитации (ЛФК, физиотерапия), психосоциальных методов (логопедическая помощь, помощь психолога) или выполняет под наблюдением родственников назначения различных реабилитационных специалистов, то когнитивные нарушения постепенно регрессируют. Важным является и получение повторных курсов реабилитации в стационаре или в поликлинике, что способствует, как отмечает В. М. Шкловский, созданию условий непрерывности реабилитации¹⁴.

В последние годы в отечественных клинических исследованиях широко используются короткие опросники и оценки, позволяющие лечащим врачам проводить экспресс-диагностику и контролировать динамику лекарственной терапии когнитивных расстройств. Для оценки когнитивных функций, как указывают А. Н. Белова, Л. В. Климов, М. F. Folstein, J. M. Starr, A.F. Jorm, G. C. Roman, применяются опросник MMSE (Mini Mental State Examination), шкала деменции Матисса (ШДМ), батарея тестов для оценки лобных дисфункций (БТЛД) Frontal Assesment Bullory (FAB), шкала глобального клинического снижения (Global Deterioration Scale-GDS)¹⁵.

По нашим представлениям (Т. Д. Демиденко, Н. Г. Ермакова), исследование когнитивных функций, интерпретацию полученных данных и выработку наиболее эффективной программы психологической коррекции должен проводить специально подготовленный

медицинский психолог. Также необходимо применять батарею тестов с использованием качественной и количественной оценки различных высших психических функций (памяти, внимания, мышления), а не ограничиваться экспресс-методами клинической оценки¹⁶. Результаты экспресс-методик дают информацию о динамике и ответе больного на лекарственную терапию, но не позволяют психологу глубоко и всесторонне исследовать нарушенную функцию, оценить сохранные стороны функции, ее ресурсы, прогноз обучаемости и целенаправленное построение коррекционной программы¹⁷.

В связи с этим нами было проведено исследование по выработке целенаправленной программы психологической коррекции высших психических функций в процессе восстановительного лечения в стационаре и мероприятий по продолжению этих занятий в домашних условиях с помощью родственников.

В процессе восстановительного лечения проводилось обследование когнитивных функций для оценки их сохранности, построения коррекционной программы, оценки динамики восстановления. При обследовании использовалась классическая схема исследования, описанная в работах А. Р. Лурия, С. Я. Рубинштейн, В. М. Блейхера, которая позволяет осуществить всестороннюю оценку высших психических функций больных¹⁸.

Исследование проводилось в несколько этапов. Патопсихологическое исследование психических процессов дало качественную и количественную оценку нарушенных функций, позволило прогнозировать обучаемость больного, а кроме того оценить состояние сохранных функций, возможности их компенсации и в целом ресурсы восстановления высших психических функций.

Нейропсихологическое исследование помогает определить ведущие нейропсихологические синдромы, локализацию нарушенных функций, как отмечают в своих работах А. Р. Лурия, Е. Д. Хомская, Л. И. Вассерман¹⁹.

С помощью патопсихологического исследования, описанного в работах А. Р. Лурия, С. Я. Рубинштейн, В. М. Блейхера, изучались объем и различные свойства внимания, памяти и мышления, использовались методы исследования концентрации внимания (таблицы Шульте), переключения внимания (таблица Шульте-Горбова), распределения внимания (корректирующая проба — буквенная и цифровая), кольца Ландольта, методы изучения памяти (запоминание 10-ти слов, отсчитывание цифр по 7, запоминание картинок), исследование мышления (пересказ, интерпретация пословиц или метафор, простые и сложные аналогии, выбор из 4-х, кубики Косса, куб Линка)²⁰.

С помощью нейропсихологического исследования, описанного в работах А. Р. Лурия, Е. Д. Хомской, Л. И. Вассермана, изучался гнозис: зрительный (предметный, лицевой, цветовой, глубины и целостности восприятия, оптико-пространственные функции); слуховой (восприятие речи и шумов, ритмов); стереогнозис; праксис (идеаторный, идеомоторный, динамический, конструктивный, оральный), речь, функциональная асимметрия, что позволяло уточнить локализацию нарушенных функций²¹. Блок патопсихологического исследования занимает 1–1,5 часа и проводится у истощаемых больных в два приема. Блок нейропсихологического исследования также занимает 1–1,5 часа. Несмотря на длительность и трудоемкость проведения исследования, это незаменимый психологический инструментарий для глубокой и тщательной оценки высших психических функций и построения коррекционной программы. Если больной не справляется с выполнением задания, в протоколе остается качественное и количественное выражение состояния данной функции. При повторном, а также катamnестическом замере, используя ту же батарею тестов, мы можем сравнить динамику индивидуального продвижения в восстановлении функции, обучаемости больного и его новых ресурсах.

Нами разработана программа психологической коррекции высших психических функций при лечении больных с последствиями перенесенных заболеваний головного мозга. В исследование по коррекции высших психических функций вошли наблюдения при работе с постинсультными больными с 1992 по 2006 гг. в процессе комплексного восстановительного лечения в условиях нейрососудистого отделения стационарной реабилитации городской больницы № 40 Курортного района Санкт-Петербурга. Наблюдалось 1500 человек с последствиями инсульта. Из них 582 (38,8 %) женщины, 918 (61,2 %) мужчин в возрасте от 38 до 70 лет. У 92 % отмечались последствия инсульта по ишемическому типу, легкой степени — 750 (50 %); с гемипарезом средней тяжести — 600 (40 %); с выраженными двигательными нарушениями 150 (10 %); с речевыми нарушениями в виде афазии — 270 (18 %), и дизартрии — 105 (7 %). У части больных давность заболевания отмечалась от 2-х месяцев до года — 900 (60 %) больных, у 600 (40 %) больных — от года до 3-х лет. У 90 % больных отмечались когнитивные нарушения разной степени тяжести. Значительно выраженные когнитивные нарушения сочетались с проявлениями афазии — 270 (18 %); умеренные когнитивные нарушения наблюдались у 480 (32 %) больных; легкие когнитивные нарушения у — 600 (40 %). У 150 (10 %) больных когнитивные нарушения не отмечались ни по субъективной оценке, ни при выполнении экспериментальных проб.

В индивидуальных занятиях принимали участие больные с выраженными когнитивными нарушениями — 270 (18 %), в групповых занятиях больные с умеренными и легкими когнитивными нарушениями — 1080 (72 %); 150 (10 %) больных без когнитивных нарушений участие в занятиях по коррекции высших психических функций не принимали, они участвовали в психотерапевтических занятиях.

В процессе комплексного восстановительного лечения в стационаре все больные получали лекарственную терапию, физиотерапию, лечебную физкультуру, психотерапию, трудотерапию, а также, при необходимости, занимались с логопедом, социальным работником.

В коррекционную программу восстановления высших психических функций входили:

1. Индивидуальные занятия. Они проводились психологом с больными с выраженными и с умеренными нарушениями когнитивных функций (индивидуально или в малой группе). Сюда же включались больные с сопутствующими нарушениями речи в виде афазии (моторной, акустико-мнестической, сенсорной).

2. Групповые занятия. Они проводились психологом с больными со средними и легкими когнитивными нарушениями, а также с остаточными проявлениями динамической афазии и дизартрии.

3. Дидактические тренажеры. Выполнение больным заданий с использованием дидактических тренажеров и игротерапии под наблюдением медсестры в специально оборудованном кабинете по программе, разработанной психологом. Занятия проводились с больными с когнитивными нарушениями разной степени выраженности.

4. Восстановление бытовых навыков. Занятия по восстановлению бытовых навыков и навыков самообслуживания проводились в кабинете бытовой реабилитации под наблюдением специально подготовленной медсестры с больными с когнитивными нарушениями разной степени выраженности.

5. Работа с родственниками. Информирование родственников больного о характере когнитивных нарушений и обучение их приемам и техникам выполнения отдельных заданий (проводилось психологом). Эти занятия они могли в последующем проводить с больным в палате и затем в домашних условиях.

6. Построение программы коррекции когнитивных функций больного в домашних условиях. Психолог совместно с больным и его родственником формирует программу занятий в домашних условиях после выписки из стационара, что способствует непрерывности прилагаемых реабилитационных усилий по восстановлению нарушенных функций.

Построение коррекционной программы имеет несколько условий: 1) все задания формируются от простого к сложному; 2) в общении с больным применяется эмоциональная поддержка, безусловное принятие и положительное подкрепление, независимо от успехов больного; 3) проводится целенаправленное укрепление положительной мотивации к коррекции когнитивных функций как в индивидуальной, так и в групповой работе²².

1. Индивидуальные занятия. Индивидуальные занятия, направленные на восстановление когнитивных функций, проводились психологом с больными со значительными когнитивными нарушениями 3 раза в неделю по 30–40 минут. В начале проводилась работа типа «бумага—карандаш». Задания постепенно усложнялись. Они были направлены на различение формы, цвета, восстановление идеомоторного праксиса, укрепление зрительного внимания, восстановление счетных навыков, топографической ориентировки, ориентировки в условном пространстве и во времени, на формирование устойчивой доминанты управляющего образа при лобных нарушениях. Затем продолжалась работа с различным психологическим инструментарием, направленная на развитие анализа и синтеза, различения цвета и формы. Использовались арттерапия, музыкотерапия.

При умеренных когнитивных нарушениях индивидуальные занятия продолжались в малой группе (по 3–4 человека) больными со сходными расстройствами.

2. Групповые занятия. В группе проводился комплекс занятий с больными без выраженных речевых нарушений, направленный на коррекцию праксиса и гнозиса (зрительного, слухового, тактильного, проприоцептивного), коррекцию оптико-пространственных функций, пространственной памяти и т. д. Проводилась оптическая, пальцевая гимнастика, вокалотерапия, ритмотерапия, арттерапия, музыкотерапия. Наряду с занятиями по коррекции высших психических функций, проводилась работа по формированию позитивной лечебной и жизненной перспективы, восстановлению связей с микросоциумом, коррекции отношений больного к болезни. Занятия проводились в течение часа, 3–4 раза в неделю.

В начале каждого занятия измерялся пульс, проводились дыхательные упражнения, диафрагмальное дыхание, выполнялись приемы релаксации по Джекобсону, направленные на концентрацию внимания и уменьшение мышечного напряжения. Все комплексы программы оказывали стимулирующее влияние на работу центральной нервной системы, были направлены на коррекцию высших психических функций (памяти, внимания, мышления, праксиса и гнозиса). Занятия проводились в первую половину дня и завершались 15-минутной релаксацией.

1. Оптическая гимнастика. Оптическая гимнастика направлена на тренировку глубины и целостности зрительного восприятия, оптико-пространственных функций и включает в себя: а) упражнения для глаз — с открытыми глазами; б) упражнения для глаз с закрытыми глазами. По завершении — 15-минутный отдых, на фоне спокойной музыки, релаксация с закрытыми глазами.

2. Пальцевая гимнастика. Динамические и статические (мудры) упражнения для пальцев. Направлены на тренировку пространственной памяти, право-лево ориентировки, а также двигательной памяти и динамического и конструктивного праксиса. Они выполняются индивидуально, в парах и в группе. По завершении — 15-минутный отдых, релаксация с закрытыми глазами.

3. Вокалотерапия. Комплекс направлен на укрепление слуховой памяти, расширение слухового восприятия, на восстановление силы голоса (слабый, детский, осиплый голос), при остаточных явлениях поперхивания, на восстановление чувствительности языка, артикуляторного аппарата. Упражнения способствовали повышению мотивации к речевой активности (при остаточных проявлениях афазии), эмоциональной реакции, были направлены на улучшение настроения, на развитие эмпатии. Вначале осваивалось диафрагмальное, затем верхнедолевое, грудное и полное дыхание. Проводилось пропевание разных звуков и мелодий: гласных звуков, в нос, с закрытыми губами, пропевание мелодий разными способами, пение со словами и без слов, соло и в хоре). После завершения занятия — отдых 15 минут, релаксация с закрытыми глазами на фоне музыкального сопровождения.

4. Ритмотерапия. Комплекс был направлен на распознавание звуков, укрепление слухоречевой памяти, кинестетической памяти. Работа проводилась в небольших группах по 5–6 человек, куда можно было включить 1–2 человек с акустико-мнестическими, акустико-гностическими нарушениями, с остаточными явлениями сенсорной и моторной афазии. При грубых нарушениях слухового гнозиса работа проводится индивидуально.

Проводилось простукивание ритма разной длины ряда в парах и поочередно в группе. Выполнялись задания с подключением кожно-кинестетического анализатора: простукивание по спине, плечу, по руке, в правой и левой части тела с открытыми и закрытыми глазами, письмо на спине (изображались геометрические фигуры, буквы, цифры, слова, предложения), в правой и левой части спины. По завершении занятия — отдых, релаксация 15 минут.

5. Арттерапия была направлена на восстановление моторики, праксиса (идеомоторного, идеаторного, конструктивного, динамического), на укрепление зрительной памяти, цветовосприятия, эмоциональную стабилизацию. При арттерапии использовались различные техники, описанные в работе А. И. Копытина: каракули, рисование пальцами, правой и левой рукой, с закрытыми и открытыми глазами, создание коллажей²³. Применялись различные материалы и инструменты (краски, фломастеры, карандаши, мелки, бумага, клей, ножницы, глина, пластилин). Проводилась работа с разными темами (приятные и неприятные цвета, времена года, грани моего «я», рисование мандалы). Рисование использовалось при индивидуальной и групповой работе. Проводилось обсуждение рисунков.

6. Музыкалотерапия. В процессе всех занятий группы использовалась музыкалотерапия: при релаксации — музыка инструментального характера (спокойная и медленная, умиротворяющая и оптимистичная). Во время других индивидуальных и групповых занятий применялась музыка разных ритмов и исполнителей по выбору группы.

3. Дидактические тренажеры. Больным выполнялись задания с использованием дидактических тренажеров и игротерапии по специальной программе, разработанной психологом и выполняемой под наблюдением медсестры. Подбор и последовательность заданий назначались психологом после проведения патопсихологического и нейропсихологического обследования больного. Программа заданий формировалась в зависимости от локализации и тяжести нарушений когнитивных функций и была направлена на восстановление внимания, памяти, мышления, праксиса и гнозиса.

Принцип применения коррекции с помощью тренажеров — от простого к сложному, от тренажера в кабинете бытовой реабилитации к тренажерам в домашних условиях, от успехов в выполнении заданий на тренажерах к восстановлению навыков самообслуживания и полезных бытовых навыков (мытьё посуды, пользование столовыми приборами, пришивание пуговицы, штопанье, вышивание, вязание, выпиливание, заворачивание шурупа и др.).

В зависимости от нарушений высших психических функций тренажеры имели разную направленность:

1. Восстановление конструктивного праксиса, предметного, цветового гнозиса. Складывались кубики, конструкторы, мозаики (по образцу и без образца).

2. Восстановление оптико-пространственных функций, право-лево ориентировки. Проводилось выполнение заданий в технике оригами (складывание фигур из бумаги по образцу), макраме (плетение из веревки), лепка из пластилина или глины, вырезание фигур из бумаги, работа с ножницами и клеем.

3. Восстановление счетных навыков, распознавания цифр, укрепление внимания. Выполнялись задания настольных игр — лото (с цифрами), домино.

4. Восстановление зрительной памяти. Выполнялось сложение из кубиков, предметное лото, сложение кубиков и мозаики, архитектурное лото.

5. Восстановление мелкой моторики. Собираение узоров, нанизывание бус, вышивание на пяльцах, раскладывание мелких предметов, чередуя захват разными пальцами. Работа двумя руками при легком гемипарезе или с частичным включением больной руки, при гемипарезе средней тяжести.

Занятия проводились под наблюдением медсестры или трудинструктора, индивидуально и студийно (в кабинете работали сразу несколько человек, каждый за отдельным столом). Больной выполняет поочередно работу за каждым столом с тренажерами по своей программе. На отдельных столах разложены различные предметы и задания, которые снабжены инструкцией, напечатанной крупным шрифтом. Медсестра поясняет больным особенности заданий дидактических тренажеров и их задачи и оказывает помощь в завершении задания. Занятие проводится 30–40 минут ежедневно.

Нередко больные приходили на занятия с сопровождающими их родственниками. В этом случае психолог и инструктор информировали родственника о целях и задачах занятий с дидактическими тренажерами. Психолог помогал построить правильную последовательность усложнения заданий. По нашим наблюдениям, необходимо подбирать минимальную и усиленную нагрузку для больного, так чтобы ему удалось выполнить задание и получить положительное подкрепление. В том случае, если сложение, как казалось, простой мозаики не получалось, больной мог испытывать разочарование и депрессивные реакции. Это приводило к неприятным открытиям для больного собственной неспособности и снижало мотивацию к занятию и лечению в целом. Задания, подобранные в соответствии с реальными возможностями больного, на основе предварительных обследований и индивидуальной работы с психологом, не вызывали затруднений и способствовали повышению мотивации к восстановлению когнитивных функций, улучшению бытовой и социальной адаптации.

4. Восстановление бытовых навыков. Освоение бытовых навыков проводилось на специальных стендах в отделении, либо в специально оборудованном кабинете бытовой реабилитации под наблюдением медсестры. В кабинете на разных столах и стендах располагались предметы обихода, быта, которые больной постепенно осваивал. В кабинете находились тренажеры для развития навыков самообслуживания и бытовых навыков: детали одежды (пуговицы, молнии, кнопки, крючки разных размеров), предметы домашней утвари, столовые приборы, дисковый и кнопочный телефоны, дверные ручки, выключатели, печатная машинка, клавиатура компьютера и др. Больной осваивает работу с приборами одной рукой (при правостороннем или левостороннем гемипарезе), по возможности при частичной помощи второй руки, впоследствии — двумя руками. Отдельно медсестрой комнаты бытовой реабилитации проводилось обучение одеванию (при апраксии одевания). Обучение больного перемещению

своего тела (поворачивание и передвижение в кровати, умение садиться и вставать) проводили методисты лечебной физкультуры в палате.

5. Работа с родственниками. Психолог и лечащий врач информировали родственников об особенностях и объеме нарушений высших психических функций больных, особенностях их длительного восстановления, необходимости продолжения занятий и в домашних условиях. Родственники побуждались к предоставлению большей самостоятельности больным в самообслуживании (прием пищи, одевание и т. д.) под наблюдением и контролем со стороны родственников, к поведенческой позиции не впереди, а позади больного, в роли наблюдателя и советчика.

6. Построение программы коррекции когнитивных функций в домашних условиях. Больной и родственники информировались о необходимости продолжать выполнение тренировочных заданий в домашних условиях. Психологом формировалась дальнейшая программа укрепления и развития психических функций в зависимости от особенностей больного.

После проведенного комплексного восстановительного лечения в специализированном реабилитационном стационаре со значительным улучшением выписались 225 (15 %) больных, с улучшением — 1215 (81 %), без перемен — 60 (4 %) больных.

Психотерапевтическая и психокоррекционная работа в условиях реабилитационного стационара, по нашим наблюдениям, способствует более эффективному включению больных в реабилитационный процесс и успешному восстановлению нарушенных функций.

¹ Гусев Е. И., Скворцова В. И. Ишемия головного мозга. М., 2001; Кадыков А. С. Реабилитация после инсульта. М., 2003.

² Трошин В. Д., Густов А. В., Трошин О. В. Острые нарушения мозгового кровоснабжения. Н. Новгород, 2000.

³ Климов А. В., Парфенов В. А. Когнитивные нарушения в остром периоде ишемического инсульта // Неврологический журнал. 2006. Т. 11, прил. № 1. С. 53–57; Яхно Н. Н., Штульман Д. Р. Болезни нервной системы: В 2 т. М., 2003; Когнитивные нарушения при инфарктах мозжечка / Л. А. Калашникова, Ю. В. Зуева, О. В. Пугачева, Н. К. Корсакова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2004. № 11. Приложение Инсульт. С. 20–27.

⁴ Трошин В. Д., Густов А. В., Трошин О. В. Указ. соч.

⁵ Климов А. В., Парфенов В. А. Указ. соч.

⁶ Кадыков А. С. Указ. соч.

⁷ Одинак М. М., Анисимова Л. Н., Вознюк И. А. Ранняя реабилитация в остром периоде ишемического инсульта // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2003. № 9. Приложение Инсульт. С. 191; Скоромец А. А., Монро П., Сорокоумов В. А. Новая врачебная стратегия при церебральных инсультах // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2003. № 9. Приложение Инсульт. С. 183.

⁸ Шкловский В. М. Концепция нейрореабилитации больных после инсульта // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2003. № 8. Приложение Инсульт. С. 10–23; Психосоциальная адаптация больных, перенесших церебральный инсульт / О. А. Балунов, Т. Д. Демиденко, Е. А. Триумфова и др. // Психосоциальная реабилитация и качество жизни / СПб ПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 2001. Т. 87. С. 47–62; Демиденко Т. Д., Ермакова Н. Г. Основы реабилитации неврологических больных. СПб., 2004.

⁹ Шкловский В. М. Указ. соч.; Цветкова А. С. Нейропсихология счета, письма и чтения: Нарушение и восстановление. М., 1997; Визель Т. Г. Как вернуть речь. Инсульт и нарушение речи. М., 2001; Ермакова Н. Г. Психологическая коррекция когнитивных нарушений у больных с последствиями черепно-мозговой травмы // Вестник Балтийской

педагогической академии. СПб., 2006. Вып. 71. С. 49–53; *Parker C. J., Gladman J. R. F., Drummond A. E. R.* The role of leisure in stroke Rehabilitation // *Disability and rehabilitation.* 1997. Vol. 19. № 1. P. 1–5.

¹⁰ *Шкловский В. М.* Указ. соч.; *Трошин В. Д., Густов А. В., Трошин О. В.* Указ. соч.

¹¹ Депрессия в неврологической практике / А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, В. Л. Голубев, Г. М. Дюкова. М., 2002.

¹² Клинико-лабораторная диагностика органических и депрессивных психических расстройств постинсультных больных / Н. Г. Катаева, Н. А. Корнетов, С. Г. Катаев, А. Ю. Левина // *Российский психиатрический журнал.* 2005. № 4. С. 9–12.

¹³ *Боголетова А. Н.* Роль нейропсихологических исследований у больных, перенесших ишемический инсульт (Обзор) // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2005. №13. Приложение Инсульт. С. 72–75; *Clinical determinants of poststroke dementia / T. Pohjasvaara, T. Erkinjuntti, P. Ylikoski et al.* // *Stroke.* 1998. Vol. 29. P. 75–81; *Bidzan L., Bidzan M.* Vascular factors and progression of cognitive decline in elderly people // *Psychiatr. Pol.* 2005. Vol. 39. № 5. P. 987–995.

¹⁴ *Шкловский В. М.* Указ. соч.

¹⁵ *Климов Л. В., Парфенов В. А.* Указ. соч.; *Белова А. Н.* Нейрореабилитация. М., 2000; *Folstein M., Folstein S., McHugh P. R.* Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // *J. Psychiatr. Res.* 1975. Vol. 12. P. 189–198; *Correlates of informant-rated cognitive decline after stroke / J. M. Starr, C. Nicolson, K. Anderson et al.* // *Cerebrovasc. Dis.* 2000. Vol. 10. P. 214–220; *Jorm A. F.* A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): Development and cross-validation // *Psychol. Med.* 1994. Vol. 24. P. 145–153; *Roman G. C.* Vascular dementia prevention: A risk factor analysis // *Cerebrovasc Dis.* 2005. Vol. 20. Suppl. 2. P. 91–100.

¹⁶ *Демиденко Т. Д., Ермакова Н. Г.* Указ. соч.

¹⁷ *Ермакова Н. Г.* Указ. соч.

¹⁸ *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. М., 1969; *Рубинштейн С. Я.* Экспериментальные методы патопсихологии, опыт их применения в клинике. М., 1976; *Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н.* Практическая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов. Ростов-на-Дону, 1996.

¹⁹ *Лурия А. Р.* Основы нейропсихологии. М., 1973; *Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю.* Медицинская психодиагностика. М.; СПб., 2003; *Хомская Е. Д.* Нейропсихология. 3-е изд. СПб., 2003.

²⁰ *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции...; *Рубинштейн С. Я.* Указ. соч.; *Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н.* Указ. соч.

²¹ *Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я.* Методы нейропсихологического исследования. СПб., 1997; *Лурия А. Р.* Основы нейропсихологии...; *Хомская Е. Д.* Указ. соч.

²² *Ермакова Н. Г., Докшич Ю. М.* Особенности деятельности психолога в стационарном реабилитационном центре // *Деятельность психолога в службе медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.* М., 2002; *Демиденко Т. Д., Ермакова Н. Г.* Указ. соч.

²³ *Копытин А. И.* Основы арттерапии. СПб., 1999.